POUR UNE OPA AMICALE DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE GENERALE SUR LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE (SPMP)

Michel **DAVID**
Bureau national SPH - Secrétariat à la psychiatrie en milieu pénitentiaire

Dans le cadre de l'Assemblée générale du SPH à Nantes du 30 septembre au 2 octobre 2013, j'animai un atelier avec Gérard Rossinelli intitulé « *Pour une OPA amicale du secteur de psychiatrie générale sur le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire* ». L'argument de l'atelier avançait que le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire était un 3ème secteur pathologique créé en 1986 (cf. Tableau 1), pouvant donner naissance à une filière ségrégative et à propos de laquelle il serait intéressant d'interroger le dispositif actuel de soin aux détenus pour le modifier et le rendre plus conforme aux principes du Secteur.

Dans un temps ou les députés semblent s'intéresser à la psychiatrie dans le cadre d'une mission d'information au titre alléchant : « *Santé mentale et avenir de la psychiatrie* », quel bilan tirer de la création en 1985/86 d'un troisième secteur - le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP) - défini autour d'un lieu ghettoïsé et non sur des critères d'âge comme les deux autres secteurs ?

Si le manque de moyens a conduit le Secteur a délaissé les soins aux personnes détenues, cet abandon n'a-t-il pas contribué à un affaiblissement supplémentaire du secteur de psychiatrie générale, si mal en point actuellement, non seulement par renoncement à exiger des moyens mais surtout oubliant les principes fondateurs d'ouverture sur la cité. Créer un secteur cerné par les murs des prisons parait aller à l'inverse de ces principes. Les UHSA, implantées dans les hôpitaux, mais encerclées par le panoptisme pénitentiaire, en sont le point d'orgue. La profession n'aurait-elle pas finalement été en phase avec une décennie marquée par l'obsession sécuritaire qui a vu naître les UHSA et les centres de rétention de sûreté ?

Le SPMP n'est-il donc pas ce 3ème secteur qui, en physiopathologie, se forme au détriment du secteur, bien nommé ici, extra « cellulaire » ? N'est-il pas temps de corriger cette déshydratation pathologique pour redonner au secteur de psychiatrie générale toute sa vitalité ou choisit-on d'achever le moribond ?

Tableau 1. Argument de l'atelier de l'AG du SPH

Le titre qui aurait pu être ponctué d'un point d'interrogation est le support d'une très probable **utopie** mais la volontaire provocation de son libellé paraît nécessaire pour tenter un débat vivant mais probablement rugueux dans un contexte où la profession paraît trop souvent dépressive et résigné. En outre, des éventuelles évolutions à venir peuvent conduire à de nouvelles demandes de soins adressées à la psychiatrie. Il en est ainsi de la future loi pénale, dite Taubira et actuellement présentée sous la forme du projet de loi relatif à la prévention de la récidive et à l'individualisation des peines qui créé la contrainte pénale, ou bien la prise en compte les maladies

mentales comme motif de suspension de peine. Il semble, non seulement prudent mais aussi prévoyant, d'anticiper ces nouvelles demandes pour mieux y répondre avec nos propositions et non en les subissant en se saisissant de l'opportunité de la future loi de santé publique avec son volet psychiatrique.
L'atelier étant en amicale « concurrence » avec d'autres ateliers plus attractifs, surtout du fait de l'actualité et de l'activité quotidienne (notamment celui sur la loi du 5 juillet 2011), peu de syndiqués y participait. Il en est toutefois issu une motion (Tableau 2) mais comme le temps consacré aux votes des motions n'est pas suffisant pour débattre en grand groupe de ces sujets, il apparaît important de poursuivre la discussion avec un texte reprenant la trame de l'atelier.

L'AG du SPH avait rappelé à Lyon en 2012 que l'organisation de la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice (PPSMJ) constituait un problème majeur de santé publique :

- L'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire conduit généralement à une filière ségrégative. Pour trouver une issue à cette situation, l'ensemble des dispositifs de soins psychiatriques doit s'articuler étroitement avec les dispositifs sectoriels de psychiatrie

- Une évaluation globale préalable du fonctionnement de la première tranche des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) est indispensable avant toute création nouvelle. L'hospitalisation des personnes détenues dans le secteur de psychiatrie générale devrait être maintenue en dotant les services hospitaliers des moyens nécessaires à des soins de qualité

- Le nombre et la nature des soins ambulatoires sous contraintes judicaires (injonctions et obligations de soin) doivent bénéficier d'un relevé et d'une évaluation tant nationale que régionale afin d'apprécier les charges, modalités et incidences qui en découlent.

A Nantes en 2013 :

- Le SPH poursuit sa réflexion pour permettre une prise en charge des personnes sous main de justice dans la continuité de la motion retenue à Lyon et dans le cadre de la réflexion à venir sur l'organisation globale de la psychiatrie, notamment les personnes détenues, dans un parcours de soin coordonné en recherchant la complémentarité des pratiques professionnelles et institutionnelles.

- Il entend mener des actions pour aider les professionnels de la psychiatrie à répondre au mieux à la prise en charge des soins pénalement ordonnés, les obligations et injonctions de soin, dans le respect de l'indépendance du praticien.

- Le SPH suivra attentivement les résultats du groupe de travail sur la suspension de peine pour raison médicale en exigeant que l'équité soit rétablie afin que les personnes souffrant de troubles mentaux, prévenues comme condamnées, puissent bénéficier d'une suspension de peine selon les mêmes modalités que pour les personnes souffrant d'affections somatiques.

- Il sera attentif à ce que les conséquences de ce droit conduisent à octroyer les moyens nécessaires à ces prises en charge ainsi que celles découlant de la future réforme pénale.

- Il poursuit sa demande d'une évaluation de la première tranche des UHSA qui devra comporter notamment l'accès des personnes détenues à l'ensemble du dispositif de soins notamment hospitalier.
Motion adoptée, 36 abstentions, 1 vote contre

Tableau 2. Motion de l'AG du SPH – Nantes 2013

Bref rappel historique

Considérons la période 1945/1986 comme celle des pionniers, surtout dans les années 70, initiant les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire (Hivert à la Santé, Mérot à Fleury-Mérogis, Laurans à Fresnes etc.). En 1985/1986, les SMPR (S=services) remplacent les CMPR (C=centres). Ils deviennent les pivots du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire créé et légalisé avec les deux autres secteurs. Les soins psychiatriques en prisons sont alors entièrement rattachés au ministère de la santé. Il faudra attendre 1994 pour que les soins somatiques le deviennent également, sortant de la tutelle de l'Administration pénitentiaire avec la création des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA).

La montée en charge progressive du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire a abouti à la création des 26 SMPR pendant que les soins psychiatriques dans plus de 150 prisons non dotées de SMPR étaient assurés par le secteur de psychiatrie générale. Les soins psychiatriques en prison requièrent le consentement du patient et s'ils s'avèrent indispensables et que le patient n'y consent pas, une hospitalisation d'office (D398) était demandée en hôpital psychiatrique tant que le nouveau dispositif, les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) créées par la loi en 2002 mais avec la première unité ouverte seulement en 2010, n'est pas opérationnel. Les hospitalisations peuvent alors y être libres ou sans consentement (sauf SDT). Les UHSA sont implantées dans des hôpitaux avec une sécurité périmétrique assurée par l'Administration pénitentiaire. Leur concept est la résultante du constat du « rejet » des patients détenus par les hôpitaux psychiatriques pour de multiples raisons (cf. *infra*). Les temps d'hospitalisations trop courts et les conditions d'hébergement non satisfaisantes (chambres d'isolement le plus souvent) conduisaient à des séjours sans bénéfices thérapeutiques. Bien que peu favorables aux UHSA, de nombreux psychiatres en milieu pénitentiaire s'y sont résignés en espérant que cet outil permettrait de prodiguer des soins de qualité.

Rapide état des lieux

On l'a vu 26 SMPR. Des UCSA dans tous les établissements pénitentiaires avec l'intervention de la psychiatrie en leur sein et l'usage a tenté de les nommer « *Dispositif de soins psychiatriques* » (DSP). La troisième édition du guide méthodologique (2012) - mode d'emploi des soins aux personnes détenues - a tenté de mettre bon ordre dans ces appellations en catégorisant les dispositifs de soins aux détenus en trois catégories :

1. Unité sanitaire de niveau 1 : consultation et CATTP
2. Unité sanitaire de niveau 2 : hôpital de jour
3. Unité sanitaire de niveau 3 : hospitalisation complète soit en UHSA si existantes, soit hôpitaux psychiatriques en SDRE D398

La tentation est forte de la part des pouvoirs publics de faire taire la psychiatrie et de la ranger sous la rubrique de la médecine mais comme il reste encore difficile d'imposer une indifférenciation des structures, le guide méthodologique recoure encore à deux appellations d'origine peu contrôlée : les DSP et les DSS (dispositif de soins somatiques). L'Administration pénitentiaire aimerait bien avoir un seul correspondant sanitaire dans les prisons et comme les psychiatres sont souvent plus résistants (mais pas toujours, l'honnêteté impose de le dire) que les

somaticiens, certains aimeraient que le correspondant santé dans les prisons ne soit que le responsable de l'unité de médecine générale.

Remarquons aussi que le concept d'hôpital de jour des SMPR a toujours été un concept bâtard bien loin de celui d'un hôpital de jour en psychiatrie. Il s'agissait plutôt d'un semi-plein temps avec une sorte d'hospitalisation en SMPR 24h/24 mais sans équipe soignante de nuit (sauf à Fresnes et à Marseille). Cette chimère est un symptôme de l'atypie de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et a permis le maintien de situations inacceptables comme l'a dramatiquement illustré une situation juridiquement bien documentée (Arrêt G. c. France, 2012) et qui ne fait pas honneur à la psychiatrie. La tentation est grande pour l'Administration pénitentiaire d'utiliser les «lits», « places », « cellules d'hébergement » (on ne sait pas comment les dénommer) pour y placer les personnes détenues qui troublent l'homéostasie pénitentiaire sans pour autant relever de soins psychiatriques.

Les UHSA doivent se développer en deux tranches successives. La première prévoit 9 UHSA pour 440 places (5 UHSA sont actuellement en fonctionnement, celle de Rennes a ouvert début octobre 2013) et la deuxième tranche comporterait 8 UHSA pour 265 places mais sans que leur emplacement soit à ce jour officiellement annoncé. A noter, qu'il y aura très probablement une inégalité d'accès aux soins si les DOM/COM et autres PTOM (on n'en finit pas d'inventer des acronymes pour les régions « ultrapériphériques ») ne sont pas dotés d'UHSA avec des litiges en perspectives…

Il s'avère donc important qu'une évaluation très large des UHSA soit menée avant de lancer la deuxième tranche et notamment sur les points suivants :

- Evaluation des troubles mentaux traités en UHSA et du parcours de soin des patients dans la prison mais également avant et après l'incarcération
- Evaluation thérapeutique
- Evaluation des bénéfices et des risques inhérents aux UHSA :
    - Risque ou non de création d'une filière ségrégative
    - Evaluation de la « jurisprudence » expertale sur les abolitions et les altérations du discernement.
    - Incitation à l'incarcération de malades mentaux du fait d'un dispositif complet de soins en prison
    - Difficulté à réorienter sur leur secteur les patients ayant une levée d'écrou en cours de séjour dans une UHSA
    - Etc.

Cette évaluation était d'ailleurs prévue et annoncée dans la circulaire interministérielle (Administration pénitentiaire/DGOS) du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

Constats actuels et interrogations perplexes

Donc étrangement, le Secteur qui avait comme principe la désaliénation, la désagrégation, la recherche de l'intégration dans la Cité a accepté au milieu des années 80 la création d'un troisième secteur particulièrement défini, non par des critères d'âge, mais par des critères exclusifs de localisation géographique dans une zone concentrationnaire qu'on ne peut guère qualifier d'ouverte sur la cité et dont l'atmosphère n'est pas considérée comme particulièrement épanouissante sur le plan du bien-être psychique. Il est vrai que dans les années 80, très biologisante, la psychiatrie commençait à perdre ses références psychanalytiques et de psychothérapie institutionnelle. Les fondateurs du Secteur prenaient leur retraite et l'on préférait mettre tous les espoirs scientistes autour des neuromédiateurs et autres tests à la dexaméthasone. Il fallait alors supprimer la pléthore de lits des ex asiles, booster les restructurations hospitalières sous la pression économique, réaffilier les secteurs de psychiatrie aux hôpitaux généraux (afin de permettre que les budgets psychiatriques servent de variables d'ajustement aux services somatiques) sans pour autant développer les structures alternatives nécessaires à la vie dans la Cité. Réorienter les malades mentaux dans les prisons ou dans les couloirs du métro parisien paraissait une insidieuse solution judicieuse plutôt que de leur trouver une place dans des services de psychiatrie propres et déstigmatisés implantés dans les hôpitaux généraux (mais non généreux).
Ainsi le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire a pu faire son nid « tranquillement ». Il faut bien entendu **mettre à son actif**, et ce n'est pas rien, les moyens humains et matériels qu'il a permis d'apporter au plus grand profit des personnes détenues[1]. Car il s'agit d'un apport essentiel des soignants dans la prison, un regard extérieur à l'Administration pénitentiaire et une pratique « humaniste » qui a permis d'abandonner l'organisation antérieure pénitentiaire que Robert Badinter qualifiait de « *médecine de sous-hommes* ».

Mais voilà avec les UHSA se construit une filière parallèle à celle du « droit commun ». Il est extrêmement difficile de faire un état des lieux des pratiques soignantes en milieu pénitentiaire. Les équipes sont dispersées, communiquent peu et les associations qui tentent de rassembler les praticiens (Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire - ASPMP pour la psychiatrie et Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison - APSEP pour la médecine somatique) « rament » pour mieux connaître les pratiques des uns et des autres et soutenir leurs adhérents. Les SMPR s'intègrent mal dans la vie de leur établissement de santé (« *Cachez-nous ces détenus que nous ne saurions voir* ») et les petites équipes de secteur sont très isolées.
La crise économique actuelle, les tentations aux replis nationalistes, les pulsions xénophobes ne peuvent que renforcer l'exclusion de ces « méchants », surtout s'ils ont le mauvais goût d'être étrangers, pourtant bien ordinaires pour la très grande majorité d'entre eux alors qu'ils semblent tous être considérés comme des serial killers que l'on ne voit pourtant que dans les séries policières américaines.

Comment l'esprit pourtant critique de la psychiatrie a-t-il pu se laisser contaminer par ces représentations sociales infectées par le virus télévisuel et se montrer aussi pusillanime ? Bien loin

[1] Un constat identique peut être fait pour les UHSA qui sous certains aspects, si on fait fi de la filière ségrégative qu'elles couronnent, ont permis une amélioration des soins en milieu hospitalier.

est le temps où un ancien ministre de la santé, médecin de son état, demandait (certes de manière quelque peu flatteuse et démagogique) aux représentants syndicaux de la psychiatrie de rester les veilleurs de la société…

Pour résumer, le secteur de psychiatrie générale a abandonné sans états d'âme toute une population en les confiant à quelques-uns de leurs collègues en permanence tentés par une évasion définitive d'un contexte d'exercice professionnel épuisant[2]. Il a contribué ainsi à sa déconstruction et son affaiblissement sur lesquels il n'a plus que ses yeux pour pleurer et les psychiatres du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ont accompagné ce mouvement en facilitant ce développement séparé. Ayant vendu son âme aux diables économiques et sécuritaires, qui peut bien encore trouver à le plaindre ?
Un **symptôme pathognomonique** résume l'abandon des valeurs déségrégationnistes du Secteur : la suspension de peine pour raison médicale.

La suspension de peine pour raison médicale

La question de la suspension de peine appliquée aux maladies mentales est probablement un des points nodaux illustrant les conceptions de notre société relatives aux personnes détenues. Les historiens des prisons dans les temps futurs se délecteront à loisir de nos conceptions rétrogrades (scandaleuses ?) du début du XXI^{ème} siècle. L'acception collective d'une exclusion supplémentaire des malades mentaux, déjà souvent bien en marge de la société, est pratiquement unanime, alimentée par les psychiatres eux-mêmes. L'exclusion de la maladie mentale de la suspension de peine pour raison médicale s'inscrit en toute logique dans la création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et annonce les UHSA. La collusion des dates est d'ailleurs impressionnante : loi Kouchner en mars 2002 avec l'instauration de la suspension de peine et 9 septembre 2002 : loi Perben et création des UHSA.

Au cours d'un colloque Santé/Justice qui s'est tenu au ministère de la santé le 26 novembre 2012, la question de la suspension de peine pour pathologie psychiatrique (SPRP) a été soulevée avec insistance. La suspension de peine pour raison médicale (SPRM) a été introduite par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner (Tableau 1). Le principe consiste à considérer que des personnes dont l'état de santé est très détérioré ne peuvent rester en prison si leur pronostic vital est engagé ou si leur état de santé est durablement incompatible avec la détention. L'exécution de la peine peut être suspendue mais non pas annulée. Si la santé s'améliore un retour en prison est possible.

Une interprétation unanime restrictive (ou plutôt une autocensure) de la loi a conduit à considérer que les personnes souffrant de troubles mentaux ne pouvaient bénéficier actuellement de suspension de peine pour raisons psychiatriques contrairement aux personnes condamnées souffrant de maladies somatiques en s'appuyant sur la dernière phrase du premier alinéa : «*hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux* ».

En décembre 2012, lors d'une visite à la prison de Fresnes, les ministres de la santé et de la justice annoncent la constitution de deux groupes de travail relatifs aux problèmes de santé des détenus dont un sur la suspension de peine pour raisons médicales. Ce groupe a travaillé de

[2] Voir notamment le film « Etre là » de Régis Sauder, tourné au SMPR de Marseille.

février à juin 2013 et au jour de l'écriture de ces lignes (octobre 2013), les conclusions du groupe de travail et ce qu'en tireront les ministres respectifs ne sont pas connus. Toutefois, ce groupe avait pour mission de proposer des améliorations du dispositif global et de se pencher sur les motifs de l'exclusion des malades mentaux à la suspension de peine.

L'importance quantitative des personnes détenues souffrant de malades mentaux est maintenant bien documentée. L'enquête épidémiologique de Rouillon et Falissard réalisée en 2003/2004 estime que 8 hommes sur 10 et 7 femmes sur 10 présentent un trouble mental et que parmi ces personnes 35% d'entre elles sont manifestement malades ou gravement malades sur le plan mental. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté déclarait en février 2013 devant la mission d'information de l'Assemblée nationale sur « *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* » que 17 000 personnes détenues relevaient de la psychiatrie et au minimum 10 000 d'entre elles devraient être hospitalisées sur près de 70 000 détenus. Des remontées du « terrain » plus difficilement quantifiables font état, notamment en maisons centrales et centres de détention, de situations dramatiques de personnes souffrant de psychoses graves et dont l'état devrait être considéré comme incompatible avec la détention.

Très précisément, l'arrêt G. contre France du 23 février 2012, déjà cité, a nettement précisé les limites du soin psychiatrique en prison et mis en évidence un « parcours de soin » (si on peut l'appeler ainsi) totalement inadapté. Il en est résulté une condamnation de la France pour traitement inhumain et dégradant. La lecture de cet arrêt vaut toutes les communications savantes ou discours pompeux sur le traitement inhumain et dégradant que peut vivre un certain nombre de malades mentaux incarcérés.

Il s'agit de s'interroger sur la compatibilité d'une personne souffrant de troubles mentaux avec la détention qu'elle soit prévenue ou condamnée et d'envisager soit une suspension de peine, soit une peine alternative à l'incarcération et compatible avec son état mental et qui ait un sens pour elle. Il faut d'ailleurs remarquer que l'exclusion à la suspension de peines concerne aussi bien les malades mentaux que les prévenus comme le présente une étudiante en droit dans un intéressant et récent mémoire bien argumenté[3].

Quelques hypothèses sur les motifs de déni ou de scotomisation de l'usage de la suspension de peine pour raison psychiatrique

Un consensus semble avoir existé depuis 2002 sur la non accessibilité à la suspension de peine pour raisons psychiatriques. La phrase qui considère que la SPRM ne s'applique pas aux personnes détenues hospitalisées en établissement de santé pour troubles mentaux a été interprétée comme s'avérant inutile d'accorder une SP pour troubles mentaux puisqu'il suffirait de les hospitaliser dans un hôpital psychiatrique.

Pourtant la phrase peut aussi être lue autrement : « *la suspension de peine est impossible uniquement QUAND la personne est hospitalisée mais rien n'empêche de demander une suspension de peine quand elle n'est pas hospitalisée* ». Il faut espérer que le groupe de travail aura travaillé dans ce sens.

Il est particulièrement intéressant de s'interroger sur les motifs collectifs qui ont conduit à s'autocensurer pendant plus de 10 ans sur la SPRP, même quand il était possible de s'approcher

[3] CHALOT Chloé, *La suspension médicale de peine à l'épreuve des droits fondamentaux ayant présidé à son adoption,* Mémoire de Master II Droit de l'exécution des peines et Droits de l'Homme, promotion 2012-2013, Université Montesquieu Bordeaux IV, septembre 2013.

d'une solution. Ainsi, il m'est arrivé une fois dans mon exercice professionnel de suivre le 4ème alinéa de l'article D382 du CPP (Tableau 3) qui fait état de l'incompatibilité du maintien en prison d'une personne du fait de son état de santé sans précision sur la pathologie concernée.

En tout état de cause, si ces médecins estiment que l'état de santé d'un détenu n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, ils en avisent par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire. Ce dernier en informe aussitôt, s'il y a lieu, l'autorité judiciaire compétente.

Tableau 3. Article D382 du code de procédure pénale.

La procédure a bien été menée et le JAP, tout aussi préoccupé de l'état de ce détenu gravement schizophrène, multirécidiviste, condamné pour des faits bénins, faisant des allers et retours incessants entre la prison et l'hôpital psychiatrique, a conclu qu'il ne pouvait rien faire puisque la suspension de peine ne s'appliquait pas selon lui pour les troubles mentaux. Dans le tableau 4, des courriels entre magistrats et médecins en 2009 montrent la confusion régnant sur le sujet et le tableau 5 présente une vignette clinique d'une situation récente très exemplaire des incohérences sociétales.

Courrier du JAP au psychiatre Je reçois le rapport d'expertise judiciaire du Dr X. L'état mental de l'intéressé est incompatible avec la détention **Il doit être hospitalisé en milieu psychiatrique**. La seule chose que peut faire le JAP en application de l'art 720-1 du CPP c'est une suspension de peine médicale pour une durée maximum de 3 ans. Dans le présent cas, il est bien entendu que je ne peux suspendre la peine que sous réserve qu'il sorte de prison pour aller, dans le cadre d'une HO, directement en milieu psychiatrique. Je vous remercie de m'indiquer comment vous voyez les choses et comment nous pouvons ensemble concilier la décision de suspension de peine du JAP et la décision de placement sous HO. En réalité ce qu'il aurait fallu (mais pas possible dans la région ?) c'est une incarcération faite en établissement de santé pour troubles mentaux. Je ne sais pas où il y a ce genre d'établissements. **2. Question posée par le JAP sur justpeine (site professionnel des magistrats)** Soit un condamné à 12 mois ferme en cours d'exécution de peine pour vols et recel en récidive. Son état mental est incompatible avec la détention. Avis du SMPR confirmé par expertise judiciaire. Nous n'avons pas ici d'établissement hospitalier détention qui puisse le recevoir. Il va falloir, il me semble que c'est la seule solution, concilier suspension de peine judiciaire et hospitalisation d'office. J'aimerais avoir votre avis : S'il sort, il doit sortir en HO, et en fin de HO, être immédiatement réécroué, qui s'occupe de la HO?? Le SMPR ?? Merci de vos lumières. **3. Réponse sur justpeine** A chaque fois qu'il y a une HO c'est la détention avec l'UCSA et le préfet qui s'en occupent et je ne fais pas de suspension de peine. **3.. Réponse finale du JAP au psychiatre du SMPR** Vérifications effectuées, il apparait que l'HO d'un détenu relève de l'UCSA et du préfet. Il n'y a pas lieu à suspension de peine.

Tableau 4. Les confusions relatives à la suspension de peine pour raison psychiatrique.

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer ce déni collectif :

1. La **« spécificité » de la psychiatrie**, seule discipline médicale où l'on peut « soigner » sans leur consentement des personnes malades. Considérant qu'en cas de troubles

mentaux, il est possible depuis près de deux cents ans d'hospitaliser des personnes détenues dans des hôpitaux psychiatriques, cette option semblait satisfaisante pour traiter ces situations particulières.

2. Le **pronostic vital en psychiatrie**. Il peut paraître moins évident que le pronostic vital puisse être engagé pour une personne souffrant de troubles mentaux. Toutefois, le suicide est souvent l'aboutissement d'un processus mélancolique ou schizophrénique. Mais les représentations sociales n'appréhendent pas l'aboutissement d'un processus morbide de la même manière selon qu'il s'agit de pathologies somatiques ou psychiatriques.
3. **Motif socio-économique.** Une autre raison, peu glorieuse, socio-économique, consiste à considérer que le « coût » d'une personne incarcérée est bien inférieure à celui d'une personne hospitalisée ou relevant de moyens importants mis autour d'une alternative à l'incarcération.
4. **Motif sécuritaire.** La **neutralisation de la dangerosité** potentielle des personnes paraît plus efficace en prison qu'à l'hôpital ou *a fortiori* en milieu ouvert non hospitalier. Ce motif est probablement celui qui prime actuellement. On se demande bien d'ailleurs pourquoi le législateur aurait pris soin de préciser que la SPRP n'était impossible qu'au temps de l'hospitalisation, une période finalement tellement courte dans l'ensemble du parcours d'exécution de peine des personnes détenues.
5. **La difficulté à monter un projet de soin durable du fait de la réversibilité de la suspension de peine**. Le risque d'un retour en prison en cas d'amélioration de l'état psychique est une réelle entrave à un projet de soin à moins de trouver un aménagement légal.
6. **Motif institutionnel psychiatrique.** L'évolution (involution pour certains facteurs) progressive et inéluctable (?) de la psychiatrie qui se manifeste au-travers de multiples facteurs :
    a. La diminution drastique des lits d'hospitalisation complète
    b. L'ouverture sur l'ambulatoire insuffisamment développée pour compenser la fermeture des lits
    c. La féminisation des équipes
    d. La perte du sens thérapeutique individualisé au profit de protocoles et de procédures
    e. La fonte des moyens humains dédiés au relationnel et réorientés sur les taches gestionnaire, bureaucratique et informatique (combien de patients ne disent-ils pas qu'infirmiers et médecins passent le plus clair de leur temps devant leurs ordinateurs et non à s'occuper directement d'eux)
    f. La recherche de responsabilisation excessive dans un contexte ultra sécuritaire (Cf. par exemple, à l'affaire Canarelli de Marseille)
    g. La transformation d'un lieu de soin en hôpital commercial devant être managée comme une entreprise de service
    h. Les repères bouleversés par la loi HPST (p. ex. la disparition des services, unités fonctionnelles bien lisibles pour les professionnels comme les usagers, et dont le principe résiste encore dans l'usage quotidien)
    i. L'absence de perspective donnée au concept du Secteur[4] (sans qu'il soit proposé une meilleure alternative)

[4] Même si le récent rapport Couty insiste sur l'importance du concept de Secteur mais qui devrait être relancé selon le rapporteur sous la forme d'un « Secteur rénové ».

j. Les modifications des formations spécifiques des psychiatres et des infirmiers ont conduit à oublier la philosophie intégrative du Secteur.
k. Etc.

Les personnes détenues deviennent exclues de ce dispositif global pour intégrer un secteur sur mesure intra-muros - le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire - lieu où l'on soigne mais pas lieu de soin[5], et il serait bien naïf de croire que ce montage spécifique, permette de travailler facilement à des articulations dedans-dehors.

Un cas d'école

Un homme dans sa septième décennie est réincarcéré suite au non-respect d'un suivi socio-judiciaire (SSJ). Pourtant sous tutelle, l'absence de réponses aux convocations du SPIP et du JAP n'a pas conduit à une enquête détaillée afin de comprendre les raisons de son silence. Condamné pour agression sexuelle, il avait fait l'objet de plusieurs expertises qui toutes constataient une déficience intellectuelle de moyenne gravité, congénitale pour un expert. Pourtant ni abolition ni altération du discernement n'avaient été retenues. Expertisé en étant incarcéré, il ne comprenait pas les raisons de sa détention.

Rapidement, son inadaptation au monde pénitentiaire s'avère manifeste. Ses codétenus, dans une petite maison d'arrêt surpeuplée (200%) doivent l'assister dans tous les actes de la vie quotidienne. Il est adressé aux urgences et est orienté en hôpital psychiatrique en SPDRE D398 uniquement du fait de ses troubles du comportement. Rapidement, l'inadéquation de l'hospitalisation en psychiatrie est constatée (les hospitalisations sans consentement en psychiatrie ne sont légalement possibles qu'en relation avec une pathologie psychiatrique et non une pathologie somatique), celle-ci est levée et il est orienté sur une UHSI. Il y reste deux mois avant que le médecin de l'UHSI ne le renvoie sur la maison d'arrêt avec un certificat attestant de l'incompatibilité de son état avec la détention en diagnostiquant une détérioration intellectuelle d'origine alcoolique et vasculaire. Il semble que le procureur de la république ait insisté auprès du JAP pour qu'une mesure de suspension de peine soit établie dans l'urgence. Ce qui fut mis à exécution subitement, sans préparation, un samedi matin. Sans délai pour préparer la mesure, le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) et le tuteur se présentent avec l'intéressé aux urgences de l'hôpital général. Il ne peut retourner vivre seul dans son logement et aucun membre de sa famille ne veut s'occuper de lui. Négociations dans l'urgence, précipitation et énervement des différents acteurs. Après une hésitation pour une nouvelle hospitalisation sans consentement en psychiatrie, il est finalement décidé d'une hospitalisation libre en hôpital psychiatrique.

Dès l'admission, l'inadéquation est constatée et heureusement pour la personne, une orientation en EPHAD (maison de retraite) est possible seulement trois semaines après l'hospitalisation. Le début du séjour en EPHAD posera quelques problèmes à l'encadrement de la direction car des rumeurs relatives au passé judiciaire de l'intéressé auraient pu conduire à une éviction de l'établissement. Le CPIP chargé du suivi, lorsqu'il tente d'évoquer le passé judiciaire avec l'intéressé, constate une irritabilité peu cohérente. La fin de peine est prévue pour septembre 2014 et le CPIP ne sait pas quand se terminera sa mission puisque la peine est suspendue.

En conclusion : Cette situation illustre une suspension de peine prise en urgence pour pathologie somatique de type neurologique qui se conclut par une hospitalisation en psychiatrie. L'étude pluriprofessionnelle du dossier qui a été faite avec les somaticiens et les CPIP, du milieu ouvert comme du milieu fermé, montre que l'état mental de la personne n'a jamais été pris en considération ni lors du jugement, ni lors du SSJ. Il a fallu attendre la réincarcération, prise uniquement pour non-respect des obligations que la personne était dans l'incapacité d'honorer sans nouvelle infraction, pour que la situation médicale de la personne soit prise en compte. A ce jour, subsiste une incertitude pour le CPIP sur le devenir de sa mission qui peut être sans fins.

Tableau 5. Une situation incohérente.

[5] Lire à ce propos le très beau livre d'Anne Lécu, méditation philosophique, « *La prison, un lieu de soin ?* » aux éditions Belles Lettres, 2013

Quels pourraient être les motifs de suspension de peine ou d'aménagements de peine pour raison psychiatrique ?

Dans de rares cas, le **pronostic vital pourrait être engagé** comme il l'a été déjà signalé *supra,* dans les conduites suicidaires s'inscrivant dans une pathologie psychiatrique grave (schizophrénie, mélancolie) et non évidemment dans toutes les situations de tentatives de suicide, qui très souvent ne relèvent pas de la psychiatrie[6].

L'incompatibilité durable avec la détention serait le motif le plus souvent retenue et peut s'envisager sous deux angles :

1. Les caractéristiques d'une pathologie grave seraient un motif important de suspension de peine pour raisons psychiatriques car rendant insupportables les conditions de détention pour la personne malade mais aussi pouvant fortement perturber le fonctionnement de la vie pénitentiaire que ce soit pour les codétenus ou pour le personnel pénitentiaire, sans parler des soignants qui doivent prodiguer des soins dans des conditions peu adaptées à ces pathologies.

2. Le sens de la peine peut être devenu complètement hermétique pour la personne, voire a pu être incompréhensible dès l'incarcération. Il est d'ailleurs paradoxal, alors que les expertises psychiatriques posent justement la question de l'accessibilité à une sanction pénale, que l'ajustement de l'état psychique de la personne à la sanction ne permette pas la suspension de peine pour raison psychiatrique

Quelle procédure pour la suspension ou les aménagements de peine pour raisons psychiatriques ?

La procédure devrait être identique à celle pour raisons somatiques. Le signalement du psychiatre traitant (ou d'autres personnes qui ont un intérêt pour la personne) au JAP (Cf. également le 4ème alinéa de l'article D382 CPP – Tableau 2) pourrait prendre la forme d'un certificat médical circonstancié. Il conviendrait toutefois d'apprécier la recevabilité de cette démarche par les professionnels de terrain.

Une expertise doit suivre en posant les questions très précises sur la capacité de la personne à vivre en prison et sur les soins dont elle doit bénéficier. Ces questions devant être également posées lors des expertises pré-sententielles en faisant en sorte que la question de la compréhension du principe de la sanction pénale puis de celle qui est la plus adaptée en cas d'altération du discernement ou bien qui est contre-indiquée (ces considérations impliquent que les experts soient bien informés du contexte carcéral et des diverses modalités d'exécution des peines).

Les UHSA, dont ce n'est pas la mission, ne doivent pas être considérées trop facilement comme une solution, ce qui est malheureusement toujours à craindre. A l'instar des UHSI, elles

[6] Les « situations suicidaires » en milieu pénitentiaire conduisent trop souvent à des hospitalisations d'office D398 alors que les mêmes situations en « droit commun » sont traitées par des hospitalisations en service libre ou en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT, ex HDT/hospitalisation sur demande d'un tiers), créant ainsi dans l'histoire de la personne des antécédents lourds d'hospitalisation d'office (maintenant soins psychiatriques sur demande du représentant de l'Etat/SPDRE). Les UHSA, sur ce point, représentent une avancée en permettant des hospitalisations en service libre (mais pas en SPDT) mais rien n'empêche qu'il aurait pu être imaginé une possibilité identique en milieu psychiatrique ordinaire…

ne sont pas des lieux de soin de longue durée, même si la tentation est grande de les transformer en UHSA de long séjour comme l'envisageait un travail parlementaire en 2006 : « *Ensuite, la commission n'a pas jugé souhaitable de s'engager dans la voie des centres de protection sociale proposée par la commission Santé-Justice et a suggéré la mise en place d'****unités spécifiques pour les délinquants dangereux atteints de troubles mentaux****. Ces derniers pourraient être accueillis pendant la durée de leur peine et au-delà, si leur état le nécessite, dans des structures* ***hospitalières*** *qui pourraient constituer des* ***unités hospitalières spécialement aménagées de long séjour*** »[7]. Les soins en UHSA restent des soins en détention et il convient d'examiner ici une incompatibilité durable du maintien en détention pour raison de santé. Il faudrait se méfier que les UHSA, permettant l'hospitalisation, ne soit pas un argument pour éviter la suspension de peine du fait de l'hospitalisation.

Quelles sont les pathologies concernées ?

Il ne s'agit que d'indications car pour chaque maladie, la gravité peut être variable. Il ne faudra de toute façon considérer que les **atteintes sérieuses, durables et probablement irréversibles** pour que la question d'une suspension de peine soit posée. Les principales pathologies concernées sont les schizophrénies ; psychoses ; troubles graves de l'humeur ; mélancolies ; déficiences mentales etc.

Il conviendrait de faire un **recensement** établissement pénitentiaire par établissement pénitentiaire pour évaluer le nombre de situations concernées (pour vérifier les chiffres avancés par le CGLPL) avec une analyse détaillée prenant en considération de nombreux indicateurs, par exemple sans exhaustivité : les différentes expertises, le nombre d'altérations du discernement, les HO (SDRE) D398, les admissions en SMPR, en UHSA, les consultations ambulatoires, les liens familiaux et sociaux existants ou perdus, les incidents en détention, la vie en prison etc.

Ces situations pathologiques ont pu ne pas être repérées au moment de l'entrée en détention par défaut d'expertise. Pour de nombreuses raisons, elles ont pu aussi ne pas être identifiées au cours de l'expertise. Des décompensations ou des apparitions de pathologies peuvent également survenir en cours de détention, a fortiori si l'emprisonnement s'étend sur de nombreuses années.

Que font les ministres ?

Le fait que la suspension de peine pour raisons psychiatriques est légalement possible peut avoir des conséquences importantes qu'il faudra anticiper, d'autant plus que les aménagements de peine pour les mêmes motifs pourraient être plus fréquemment demandés.

Si la contrainte pénale proposée dans le cadre du projet de loi dit Taubira relatif à la prévention de la récidive et à l'individualisation des peines est retenue, elle s'accompagnera probablement d'une montée en charge du suivi socio-judiciaire avec injonction de soin que la psychiatrie devra prendre en charge, après espérons-le une sérieuse évaluation expertale. **Ces mesures impliquent que le milieu ouvert devra accueillir des personnes qui pourront parfois présenter une dangerosité certaine**, ce qui représente un enjeu important, des difficultés certaines et multiples et un coût probablement non négligeable. Des études seraient à mener pour apprécier l'impact de la suspension de peine et des aménagements de peine pour raisons

[7] Goujon P. et C Gauthier C., *Rapport d'information du Sénat sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses*, 22 juin 2006.

psychiatriques qui doivent s'appliquer pour des raisons d'équité, de dignité et de sécurité (Tableau 6).

On attend en tout cas avec impatience les conclusions du groupe de travail sur ce sujet et les propositions des ministères de la santé et de la justice, sauf à considérer qu'il s'agit de réunir de professionnels et de les soustraire de leur travail quotidien en pure perte.

Dès maintenant, ce « scotome » étant levé, il sera intéressant de voir comment vont se saisir les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire (et les avocats) de la possibilité de la suspension de peine pour raison psychiatrique[8] où vont-ils continuer à se satisfaire de l'absurde circuit pénitentiaire « sisyphien » de leurs patients qui alternent désespérément entre détention ordinaire inadaptée, hospitalisation de jour en SMPR, SDRE D398 en hôpital psychiatrique en chambre d'isolement ou en UHSA.

Il serait souhaitable pour l'instant de privilégier les aménagements de peine aux suspensions de peine car plus sécurisantes et pérennes que les suspensions de peines, sauf à considérer que **le temps de suspension de peine soit pris en considération pour atteindre le moment où la peine sera aménageable** en espérant que le groupe de travail ait envisagé cette possibilité.

PROPOSITIONS
1. Recenser les personnes condamnées pouvant relever de ces mesures (Etude épidémiologique, éventuellement sous la forme d'un **programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)** ou **d'une recherche-action**
2. Insérer la réflexion sur la SPRP et les APRP (aménagements de peine pour raison psychiatrique) dans la très attendue loi d'orientation pour la psychiatrie et la loi relative à la prévention de la récidive et à l'individualisation des peines
3. Lancer une concertation avec les professionnels impliqués à des niveaux différents pour étudier les conséquences de la SPRP et des APRP : experts, institutions, ARS, organisations professionnelles, etc. Il s'agit en effet d'**organiser** et de **coordonner** des parcours de soins **complexes** au niveau des territoires de santé
4. Engager une réflexion sur les détails de la procédure pour les professionnels de santé : - Contenu des missions d'expertise et leurs conditions de réalisation - Certificat médical circonstancié - Modalités pratiques de préparation et d'accompagnement des demandes etc.
5. Information large de la population sur le sujet

Tableau 6. Propositions

[8] Dès maintenant, les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire pourraient demander des suspensions de peine. En l'absence de demandes, on pourra considérer qu'il y a un consensus tacite à accepter que des malades mentaux gravement malades et pour lesquels il existe une incompatibilité durable avec la détention restassent en prison.

Si la suspension de peine pour raison médicale prenait en compte les pathologies mentales (l'idéal serait la suppression de la phrase litigieuse) et si la contrainte pénale prévue dans le projet de loi Taubira, avec son cortège d'obligations telles les injonctions ou obligations de soins, voyait le jour, il est certain que le secteur de psychiatrie générale verrait un afflux de nouveaux patients qu'il lui faudra bien prendre en charge.

Expertises, injonctions et obligations de soins

L'atelier a aussi abordé, mais rapidement, les questions liées à l'expertise pénale et aux soins « pénalement ordonnés ».

Sans entrer ici dans le détail des problèmes liés à l'expertise psychiatrique pénale, il est évident que dans le « parcours de soins » d'une personne sous main de justice, l'expertise a son importance, souvent comme premier contact pour une personne avec la psychiatrie. Mais les questions posées à l'expert ne sont souvent pas opportunes selon le contexte (notamment en garde à vue). Et comme les experts sont de moins en moins nombreux, ce sont souvent des praticiens hospitaliers non experts qui sont requis et qui se trouvent en difficulté pour répondre de manière ajustée aux questions des magistrats. Or les constats expertaux peuvent avoir des conséquences importantes pour le justiciable comme pour les soignants. Et les pouvoirs publics poursuivent un inexorable comportement de rouleau compresseur : de plus en plus d'expertises, de moins en moins d'experts, de plus en plus de contraintes dissuasives à l'exercice de cette fonction. Et pourtant, la psychiatrie dans son ensemble devrait s'interroger sur le rôle qu'on lui a confié dans une des lois les plus contestées de ces dernières années (loi de rétention de sûreté) quand il est demandé à l'expert de diagnostiquer « *le trouble grave de la personnalité à l'origine d'une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive* ». Silence presque unanime sur ce point comme pour la SPRM et comme il semble ne plus y avoir d'intellectuels de la trempe de M. Foucault pour dénoncer ces travers, les lois passent sans disputes (La « pensée » contemporaine est soumise aux diktats des faits divers, du populisme pénal et de la mauvaise foi politique »).

L'expert devrait avoir un rôle important pour se positionner sur les indications ou contre-indications des obligations (OS) et injonctions de soins (IS). Certes, les obligations de soins sont rarement prononcées par les juridictions à partir d'expertise mais dans le principe, la profession devrait proposer des critères sur lesquels fonder ses indications et informer les professionnels sur la manière d'y répondre. Ainsi, nombreux sont les psychiatres qui hésitent à interrompre une OS ou une IS s'ils n'en relèvent plus l'indication. Plusieurs raisons expliquent cette attitude dont la crainte d'être responsables de l'infraction que pourrait commettre le patient (et l'affaire Canarelli n'a pas arrangé la question) ou bien de considérer que se positionner reviendrait à adopter une posture expertale. Pourtant, les juges (notamment les juges d'application des peines) peuvent tout à fait entendre que ce sont les médecins qui décident du soin et de la façon de l'organiser. Sur ces questions, le SPH entend mener, avec les associations ou sociétés savantes concernées, des actions pour mieux informer les collèges sur ces questions (DPC, FMC, voire audition publique ou conférence de consensus etc.) et souhaite qu'un recensement du volume que représentent les OS et les IS soit établi afin d'évaluer les moyens nécessaires pour y répondre.

Faut-il donc une OPA ?

En avançant de manière provocante la question d'une éventuelle OPA, il s'agissait de faire apparaitre la constitution d'une filière ségrégative pour les personnes détenues et qui est le reflet d'une époque très sécuritaire. Dans un temps où une vision politique pourrait aboutir, aussi ou davantage, à une augmentation des prises en charge en milieu ouvert[9], ce qui *mutatis mutandis*, correspond à ce que souhaite la psychiatrie pour ses patients, il convient de nous interroger sur l'organisation d'ensemble que nous souhaitons pour la psychiatrie.

Si les soins en prison ne se limitaient qu'à de la consultation (niveau 1) avec des unités fonctionnelles (CMP dans la prison) rattachées aux secteurs de psychiatrie générale et des soignants non exclusivement affectés, soit à la prison soit au milieu ouvert, les pratiques seraient plus ouvertes, moins cloisonnées, alors qu'actuellement chacun se renvoie la balle en accusant l'autre de toutes les incompréhensions.

Cette organisation permettrait, surtout pour les soignants de SMPR, d'être moins soumis aux OPA hostiles de l'Administration pénitentiaire (les CPU[10] en sont un exemple) qui tente de retrouver la prééminence perdue en assimilant les soignants à de simples prestataires de service. Un rapprochement pourrait permettre que les valeurs hospitalières s'imposent davantage dans ce milieu peu propice aux soins. Quand les soignants en prison répètent inlassablement aux nouveaux incarcérés (et même aux habitués) que l'UCSA/DSP ou le SMPR c'est l'hôpital, il y a tout lieu de croire qu'ils ne sont pas dupes de cette grossière dénégation. A l'hôpital, on ne répète pas qu'on est à l'hôpital et finalement en le répétant en prison, on a fini pas y croire, accréditant l'idée fausse que la prison serait un lieu de soin.

[9] Evidemment, il ne s'agit pas, comme certains se plaisent à le dire pour désinformer et apeurer la population, d'une substitution systématique d'une peine d'enfermement par une peine en milieu ouvert (la contrainte pénale) mais de la création d'une autre peine et qu'en vertu du principe de l'individualisation des peines et de la liberté de décision du magistrat, celui-ci optera pour la sanction qui lui paraîtra la plus opportune, à la fois pour le délinquant et pour la société.

[10] Les commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) trouvent leur définition dans le décret n°2010-1632 du 23 décembre 2010. Elles ont pour mission d'étudier le parcours d'exécution des peines des personnes condamnées. Les soignants en font partie avec l'optique de faire partager leur connaissance avec les autres membres de la CPU non soignants selon le principe d'un secret partagé. La seule définition du secret partagé pour les soignants se trouve dans la loi du 4 mars 2002 et il permet l'échange d'information entre professionnels de santé dans la perspective d'une prise en charge sanitaire et avec l'accord du patient. Dans la hiérarchie des normes, chacun sait qu'une loi est supérieure à un décret.